

西山耳鼻咽喉科医院嚥下障害問診表

202 , ,

氏名: 年齢: 歳。男・女生 年月日

住所: 電話番号: 同席可能な方:

体温: °C 身長: cm 体重: kg 一年間の体重減少: kg

大きな病気: 今の食事:

あなたの飲み込みについて質問します。いずれも大切な内容なので、良く読んで、この1年間のことをお答えください。

1. 肺炎と診断されたことがありますか? ある(回数:)。 無い。
2. 痰がでますか? 多い。少ない(黄色・白・透明)。 無い。
3. 食事中にムセますか? ある。 無い。
4. 食事中に咳が出ますか? ある。 無い。
5. 物が飲み込みにくく感じることがありますか? ある。 無い。
6. 硬いものが食べにくくなりましたか? ある。 無い。
7. お茶や水を飲んだときにムセますか? ある。 無い。
8. 食事中や食後にのどがゴロゴロする、痰が増えますか? ある。 無い。
9. 食事時間は約何分ですか? 15分以内。30分。45分。60分以上。
10. 食物や酸っぱい液が胃からのどに戻ってくることがありますか? ある。 無い。
11. 夜、咳で寝れなかつたり目覚めることがありますか? ある。 無い。
12. 声が小さくなったり、かすれましたか? ある。 無い。
13. 歩くのが遅くなりましたか? ある。 無い。
14. 夕方から夜に熱が出ることはありますか? ある。 無い。

15. 入れ歯が合わないと感じますか？

ある。 無い。

①主治医の施設名と先生のお名前と住所：

②ケアマネージャーの施設名と担当者名と住所：

要介護 1・2・3・4・5

③デーサービスの施設名と担当者名：

④訪問看護ステーションの施設名と担当者名：

⑤その他訪問されている施設名：

⑥今までのご病気の経過と体重をなるべく詳しく記載して下さい。

症状が初めて出た時期

受診した病院

診断名

その時の体重

⑦受診可能な日時を書いてください。